

La clinica vista dalla Scuola

di Nadia Fina*

[Ricevuto il 29/09/2023

Accettato il 22/5/2025]

Riassunto

In questo articolo l'autrice, partendo dall'analisi delle interviste fatte ai coordinatori d'anno delle diverse sedi della Scuola COIRAG, esplora il senso di appartenenza come vincolo e come risorsa per rendere possibile la condivisione delle diversità teorico-cliniche dei docenti attraverso un pensiero che lavori per l'integrazione e la complementarità. Sottolinea che la necessità sentita è quella di partire dai nodi etici ed epistemologici della nostra professione, che si confronta con le profonde mutazioni avvenute nel mondo sociale e che richiede un ripensamento dell'epistemologia e della prassi dei campi terapeutici.

Parole chiave: Formazione, Clinica, Situazioni cliniche complesse, Complessità, Appartenenza.

Abstract. *The clinic seen from the School*

In this article, the author explores the sense of belonging as both a constraint and a resource for sharing the theoretical-clinical diversity of the teachers. To do so, the author analyses the interviews made with the year coordinators of the various

* Docente COIRAG, vicepresidente COIRAG e coordinatore della Commissione Scientifica COIRAG. Past president Apg (Associazione Psicoterapia di Gruppo) (corso Magenta, 27 – 20123 Milano); nadia.fina1@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21212

A PARTIRE DALLA COIRAG

COIRAG School sites. The author's aim is to work towards integration and complementarity. The author emphasises the need to consider the ethical and epistemological foundations of our profession, which is facing significant changes in the social world. These changes require a rethinking of the epistemology and praxis of the therapeutic fields.

Keywords: Training, Clinic, Complex clinical situations, Complexity, Sense of belonging.

Come letto nell'articolo precedente, Maurizio Salis ha illustrato in modo esaustivo i pensieri condivisi durante le interviste ai colleghi coordinatori. Nella mia parte di lavoro vorrei soffermarmi su alcuni passaggi che ci sono sembrati particolarmente significativi. Riprendo, per iniziare, le parole chiave con cui Salis ha aperto il suo intervento: *Formazione, Clinica, Situazioni cliniche complesse, Complessità*. A queste parole ne aggiungerei un'altra: *Appartenenza*, sostantivo ricorrente nelle interviste in esame. Senso di appartenenza come vincolo e come risorsa per rendere possibile la condivisione delle diversità teorico-cliniche dei docenti attraverso un pensiero che lavori per l'integrazione e la complementarietà.

È infatti stato sottolineato l'impegno assunto dai docenti nel corso degli ultimi anni a valorizzare il lavoro in gruppo, un impegno che diviene esso stesso espressione identitaria. È stato fatto riferimento alla necessità di una "Identità COIRAG del docente che non può pensarsi come 'docente per se stesso'". Siamo una Scuola che forma psicoterapeuti individuali e di gruppo, laddove la visione delle molteplici identificazioni che abitano il soggetto ci consente di ampliarne la comprensione, focalizzando la complessità che lo attraversa e lo sostanzia. Questo sguardo modifica il nostro modo di leggere i fenomeni patologici dei pazienti. Sposta l'asse da una visione bipersonale a una visione complessa, perché multiforme.

Siamo una Scuola formata da docenti che provengono da formazioni con riferimenti teorici e clinici differenti su cui continuamente riflettere, ma la necessità sentita è quella di partire dai nodi etici ed epistemologici della nostra professione, che si confronta con le profonde mutazioni avvenute nel mondo sociale e che richiede un ripensamento dell'epistemologia e della prassi dei campi terapeutici. L'identità del docente COIRAG, a cui i colleghi si sono riferiti, richiede una processualità che, così come accade per l'identità personale, non può che essere pensata se non come un lavoro costitutivamente esposto alla trasformazione creativa, come "cantiere aperto", come "sfida" a tollerare l'imperfezione della nostra identità professionale per evitare forme di irrigidimento preclusivo.

Emerge, dagli incontri, un bisogno di mettere in discussione ciò che continuiamo a pensare essere l'apparato che ci definisce identitariamente professionisti della salute mentale.

I colleghi intervistati hanno più volte ribadito quanto grande sia la fatica di pensare l'inevitabilità e l'ineludibilità del cambiamento della clinica che i nostri specializzandi vivono sulla loro pelle, chiedendoci di poter ricevere gli attrezzi adeguati "per poterci mettere le mani".

Va da sé che questo modo di pensare colloca il modello culturale della cura come cultura della responsabilità, connotando eticamente i processi trasformativi del progetto formativo, che si colloca inevitabilmente in un quadro sociale. Aprea a tale proposito parla di una tensione esplorativa che possa tenere insieme conservazione e innovazione.

Sono nodi etici ed epistemologici della nostra professione che rimandano inevitabilmente al problema del Metodo nella clinica, e qui il nostro riferimento è ad altre due parole chiave: *Clinica* e *Situazioni Cliniche Complesse*. Riflettere sul Metodo nella clinica significa parlare di ciò che facciamo nel lavoro con i nostri pazienti, come ragioniamo, come pensiamo. Ci riferiamo all'impegno per la ricerca, per il metodo di indagine e di investigazione. Al procedimento necessario da seguire per raggiungere uno scopo, al significato insito nell'insieme dei principi e delle procedure necessarie al progetto di cura. Ci siamo chiesti come trasmettiamo il Metodo della cura, a partire dalla considerazione che stiamo parlando della possibile acquisizione di un pensiero che riconosce, al Metodo, la sua specificità di strumento di indagine dell'oggetto indagato, rendendosi esso stesso soggetto efficace solo all'interno di una logica di complessità e di evoluzione, pensiamo, affinché i modelli teorico-clinici si evolvano contrastando la logica della contrapposizione e della rivalità.

Il modo in cui la conoscenza si organizza è la legittima preoccupazione della Scuola. Questo è emerso con molta chiarezza dai colloqui avuti con i colleghi coordinatori, che hanno sottolineato la necessità continua di processi di organizzazione della conoscenza da trasmettere attraverso operazioni di interconnessione inclusiva e di separazione differenziante tra saperi differenti. Multidisciplinarietà e interdisciplinarietà sono state altre parole chiave per indicare la necessità, sempre più urgente, di sviluppare una attitudine a integrare le conoscenze in funzione di un pensiero clinico inseparabile dall'ambiente culturale, sociale, economico e politico nel quale la nostra vita è immersa.

È stata segnalata la crisi multidimensionale in cui siamo immersi, una crisi che investe il nostro sapere e i nostri ambiti formativi che, proprio in ragione di ciò, necessitano di una visione complessa, poiché i nostri specia-

lizzandi, nel loro futuro professionale, faranno sempre più i conti con interventi che richiedono di agire su più campi, di essere pronti a maneggiare con cura e consapevolezza l'incertezza, rendendola motore di una riflessione capace di contrastare l'accecamento paradigmatico.

Emerge dalle interviste la necessità di pensare alla formazione come una "costruzione" che contribuisca a conformare nei nostri allievi uno strato interiore profondo che funga da orientamento, ma al contempo con la necessaria consapevolezza che, sempre, la formazione non è un esercizio intellettuale bensì un allenamento alla comprensione umana che necessita di trasporto e curiosità, di apertura verso l'altro e verso il nuovo che esperiamo come ignoto, di forme di empatia intensa capace di essere sensibile alla creazione di legami dentro l'orizzonte di una "Comunità Sociale".

E ancor più ci è sembrato di cogliere una preoccupazione che riguarda la crisi di un modello di cura nell'ambito della psicoterapia che vieppiù abbandona il modello della profilassi a favore di un modello prescrittivo. Le preoccupazioni riguardano le ripercussioni sul lavoro terapeutico nei contesti istituzionali, ma non solo, anche quello che affrontiamo nei nostri studi. Da una logica di accoglienza basata sull'empatia e sul tempo condiviso tra paziente e psicoterapeuta, a una accoglienza basata sulla classificazione a priori dei disturbi.

È questa una problematica delicatissima, che soggiace prona a una logica classificatoria aprioristica dei disturbi e della sofferenza psichica. È una forma di pseudo sapere prestabilito, preesistente all'incontro stesso con il paziente. Schematizza il soggetto che viene totalmente identificato con la patologia di cui soffre, rendendolo soggetto alieno da normotizzare con il farmaco. Questa operazione alienante il senso stesso del lavoro psicoterapeutico, sminuisce l'impegno nel progetto di cura e deresponsabilizza lo psicoterapeuta. Il paziente è visto prevalentemente come una macchina produttrice di sintomi. In altri termini, e in estrema sintesi, è necessario uno sforzo di conoscenza e significazione di tutto ciò che è ancora di difficile comprensione, ma che pure ci attraversa come operatori della salute mentale passivamente e pervasivamente. Abbiamo bisogno di pensare, rendendo l'operazione del pensare un impegno e un contributo generativo di uno sguardo complesso sulle cose della realtà. Indagare ciò che ci sfugge, ciò che non capiamo, ciò che costituisce a volta l'impasse nel progetto di cura, consente nuovi modi di vedere e nuove pratiche. "Cosa non vediamo"? "Cosa non capiamo"? Due interrogativi ricorrenti nelle riflessioni dei nostri colleghi intervistati. Necessità di capire il mondo professionale in cui i nostri specializzandi si collocano per organizzare gli assetti formativi.

Secondo Manoukian (2023) gli operatori sanitari e sociali, i lavoratori della salute mentale, mostrano nei fatti l'interiorizzazione di un modello cul-

turale non più indagato e forse neanche più riconosciuto. Un richiamo questo che, se assunto come oggetto di lavoro e di indagine, ci può consentire di ripensarci come categoria “meticcciata”, che apporta valore aggiunto attraverso una “avvenuta contaminazione” alle pratiche degli altri professionisti dei servizi di cura.

Per fare questo è necessario investire nel pensiero, partendo dagli interrogativi segnalati dalle criticità delle pratiche che sempre più frequentemente i nostri stessi specializzandi ci segnalano. Se ci sottraiamo allo studio attento e complesso di tali criticità, assumendole come urgenze su cui intervenire, contribuiamo nostro malgrado a rinvigorire pratiche terapeutiche dirette al sovra-adattamento delle singolarità all’ideologia dominante del mercato e della prestazione, che ha di mira unicamente l’aumento del profitto economico mediante la costruzione di “soggetti-moduli”, come direbbe Benasayag, scomponibili e aggregabili in ogni istante. Ci è sembrato molto forte l’appello più o meno esplicito dei colleghi a impegnarci, come formatori oltre che come terapeuti, per un pensiero che possa contribuire a diradare le nebbie e le oscurità. Un contributo per mettere ordine e chiarezza nel reale, svelando, se possibile, le leggi che lo governano.

Riferimenti bibliografici

Benasayag M. e Schmit G. (2013). *L’epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli.
Manoukian Olivetti F. (2023). “Una cura senza contesto: i servizi sociosanitari e della salute mentale e il ‘non pensato’ dei fenomeni socio-antropologici contemporanei”. Intervento alle Giornate Franco Fasolo 2023, COIRAG, Roma.